برزگر، اسماعیل؛ بوستانی پور، علیرضا؛ فتوح آبادی، اسماعیل زهره‌ای؛ خدیجه؛ ابراهیمی، شیما (۱۳۹۸). اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۹(۲)، ۹۲-۷۶.
DOI: 10.22067/ijap.v9i1.72616

اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان

اسماعیل برزگر [۱]، علیرضا بوستانی‌پور [۲]، خدیجه فتوح‌آبادی [۳]، اسماعیل زهره‌ای [۴]، شیما ابراهیمی [۵]

تاریخ دریافت: ۹۷/۵/۶ تاریخ پذیرش: ۹۸/۴/۱۸

چکیده

هدف: پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان بود.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح آن پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۸ ساله دارای لکنت زبان مراجعه کننده به مراکز گفتار درمانی شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۲ نفر از کودکان و نوجوانانی دارای لکنت زبان که از نظر اضطراب اجتماعی در مرز بالینی قرار داشتند، یعنی نمره آنها از این تست بالاتر از ۵۵ بود، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای جمع آوری اطلاعات از مقیاس اضطراب اجتماعی لایبوویتز برای کودکان و نوجوانان (۲۰۰۳) در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. محتوای جلسات طبق نظریه راه حل محور دی شازر تهیه شد. داده‌ها با روش‌های آماری توصیفی و تحلیل واریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس حاکی از آن بود که میانگین نمرات اضطراب اجتماعی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری پیدا کرده است. بنابراین، درمان کوتاه مدت راه حل محور در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان موثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: درمان کوتاه مدت راه حل محور؛ اضطراب اجتماعی؛ لکنت زبان، کودکان؛ نوجوانان.

---

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت، مرودشت، ایران،(نویسنده مسئول)
Counselor1363@yahoo.com
۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
arbp99@gmail.com
۳. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت، مرودشت، ایران
۴. دانشجویی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی یزد، یزد، ایران
۵. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت، مرودشت، ایران

مقدمه

متن پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا[1] (۲۰۱۳)، لکنت زبان[2] را اختلال در سلاست طبیعی و الگوی زمانی تکلم، نامتناسب با سن فرد تعریف کرده است که به صورت وقوع مکرر تکرار صوت‌ها و سیلاب‌ها، طولانی شدن صوت‌های صدادار و بی‌صدا، بیان شکسته کلمات، انسداد قابل سمع یا صامت، بیان غیرمستقیم از طریق به کار بردن کلمات جایگزین به جای کلمات مشکل ساز، تولید کلمات با تنش جسمی فراوان، تکرار کامل کلمات تک سیلابی مثل «من من من او را دیدم»، مشاهده می‌شود. این اختلال اغلب در دوران کودکی شروع می‌شود(Nouri, Nouri, Abdali, Shafiei, & Karimi, 2012). شیوع این اختلال یک درصد است(Iverach & Rapee, 2014). در پسرها بیشتر از دخترهاست و این نسبت به ۳ یا ۴ پسر در مقابل ۱ دختر می‌رسد(Ntourou, Conture, & Walden, 2013). معمولا قبل از ۱۲ سالگی نمود می‌یابد، هرچند که در اکثر موارد از هجده ماهگی تا ۹ سالگی قابل تشخیص است. همچنین، دوره اوج آن بین ۲ تا ۳/۵ سالگی و ۵ تا ۷ سالگی است (Taghizadeh, Yarollahi, Bahrami, 2018). به دلیل آنکه لکنت امری غیرارادیست و از لحاظ ارتباطی و اجتماعی نیز فرد را درگیر می‌کند، تاثیرات منفی زیادی روی بهداشت روانی، عاطفی و ذهنی فرد دارد(Iverach, et.al, 2009). کودکان دارای لکنت زبان در مقایسه با همسالان خود، بیشتر دچار مشکلات رفتاری، عاطفی و رشد اجتماعی هستند(McAllister, 2016). نوجوانانی که دچار لکنت هستند در خطر افزایش مشکلات اجتماعی و روانی قرار دارند(Tran, Blumgart, & Craig, 2011). به طور کلی، لکنت در بسیاری از حوزه‌های کیفیت زندگی، از جمله سرزندگی، شناخت، فعالیت‌های روزمره و عملکرد اجتماعی و هیجانی تاثیر منفی می‌گذارد(Scheurich, Beidel, & Vanryckeghem, 2019). گیتار[3](۲۰۱۳) نیز معتقد است افراد مبتلا به لکنت، از لحاظ تیپ شخصیتی، افرادی با سطوح اضطراب بالا هستند. طبق مطالعات، لکنت زمانی بدتر می‌شود که فرد مبتلا به لکنت با فردی غریبه و یا فردی که حس می‌کند مافوق اوست، صحبت می‌کند. که در چنین مواقعی ممکن است از صحبت کردن بترسند یا اجتناب ورزند(Alm, 2015;Vanryckeghem, Matthews, & Xu, 2017) در چنین مواقعی افراد اضطراب و ترس را تجربه می‌کنند و این امر متقابلا سبب تشدید و استمرار لکنت می‌شود (Iverach, et.al, 2016). مطالعات زیادی به وجود اضطراب در افراد دچار لکنت زبان اشاره داشته‌اند(Chen, Rapee, & Abbott, 2013; Hou & Ng, 2014; Gianferante, et.al,

---

1. American Psychiatric Association
2. Stuttering
3. Guitar

2014; Vasudev, Yallappa, & Saya, 2015). میزان اضطراب افراد دارای لکنت به دلیل اینکه شدت لکنت با عواطفی همچون خجالت، ناامیدی و هراس از ارزیابی اجتماعی منفی مرتبط است، در موقعیت‌های اجتماعی بیشتر است(Craig, Hancock, & Tran, 2003). شواهد حاکی از آن است که اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است در میان افراد دارای لکنت زبان نیز شایع باشد (Iverach, et al., 2016 Iverach, et al., 2018 ;). در واقع افراد دچار لکنت زبان مستعد اضطراب و اختلال‌های اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب اجتماعی[1] هستند(Smith, Iverach, O’Brian, Kefalianos, & Reilly, 2014). که با ترس پایدار از شرمندگی و مورد ارزیابی منفی واقع شدن در موقعیت‌ها و عملکردهای اجتماعی تعریف شده است (American Psychiatric Association, 2013). اغلب افراد دارای اضطراب اجتماعی بالا، افکار طراحی شده بیشتری را درباره پنهان کردن حالت اضطراب‌شان یا اجتناب از موقعیت‌های استرس‌آمیز و افکار طراحی شده کمتری را درباره بهبود عملکردشان در موقعیت گزارش می‌کنند (Toozandehjani, Naaimi, & Ahmadpoor, 2011). اضطراب اجتماعی در کودکی و نوجوانی با مشکلاتی در ابعاد شناختی، عاطفی و سازگاری اجتماعی همراه است(Erat, Flanaga, & Bierman ,2010). در کودکان با نشانه‌های مانند کمرویی افراطی، کناره‌گیری از تماس با دیگران و عدم تمایل به بازی گروهی ظاهر می‌شود(Schroeder and Gordon translated by Fyrozbakht, 2015). ویکس، کوپلان و کینزبری[2] (۲۰۰۹) نشان دادند که این اختلال در کودکان با تنهایی خودخواسته، فرار از مدرسه، تنفر از مدرسه و درونی سازی مشکلات مرتبط است. همچنین نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی به طور کلی مرادوات اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کمتری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات بیشتری روبرو می‌شوند(McAleavey, Castonguay, & Goldfried, 2014 ; Dryman, Gardner, Weeks, & Heimberg, 2016). آنها مشکلات سازگاری شامل عدم پیشرفت تحصیلی در مدرسه، مشکلات مربوط به روابط با همسالان، سوء مصرف مواد مخدر و اختلالات خلقی را در زندگی تحصیلی خود تجربه می‌کنند(Beidel & Turner, 2007). مولکاهی، هینیسی، بیلبی و بیرنز[3](۲۰۰۸) در پژوهشی اضطراب اجتماعی بالاتری را در نوجوانان مبتلا به لکنت زبان گزارش داده‌اند. اسمیت[4] و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که نوجوانان دچار لکنت زبان نگرش‌های منفی نسبت به ارتباط‌های اجتماعی دارند که این خود عاملی در جهت رشد بیشتر اضطراب اجتماعی است که برای این افراد پیامدهای منفی تحصیلی شغلی و اجتماعی به همراه دارد.

1. Social Anxiety
2. Weeks, Coplan, Kingsbury
3. Mulcahy, Hennessey, Beilby, Byrnes
4. Smith

یکی از درمان‌های که در حال افزایش استفاده برای درمان لکنت زبان – مخصوصا نوجوانان دارای لکنت زبان – است، درمان کوتاه مدت راه حل محور[1] می‌باشد(Burns, 2013; Cook & Botterill, 2005; McNeill, 2013) که بر روی نقاط مثبت، تشخیص و تعیین راه حل به جای مشکلات، یافتن استثنا در رخدادهای ناگوار و جستجوی دیدگاه ترجیحی افراد، تاکید می کند(Donovan translated by Tabrizi, 2015). درمان راه حل محور کوتاه مدت یک رویکرد قوی و سازنده است که به واسطه آن افراد از این توانایی برای توسعه راه حل‌های خلاق به منظور ارتقاء زندگی خود و توسعه یک خود جدید، تغییر جهان بینی و پیاده سازی تغییرات رفتاری استفاده می کنند(Cortes, Ballesteros, Collantes, & Aguilar, 2016) این رویکرد مراجعان را در مکالماتی درگیر می کند که به ساختارشکنی و آشکاری سازی مشکلات منجر می‌شود(Corey, 2014). اساسا درمان کوتاه مدت راه حل محور بر این فرض استوار است که درک مراجعان از مشکلاتشان و راه حل‌های ممکن را تغییر دهند. رویکرد کوتاه مدت راه حل محور این تغییر را از طریق صحبت با مراجعان و اینکه چگونه مسائل‌شان را حل کنند، به وجود می‌آورد(DeJong & Berg, 2012). درمان کوتاه مدت راه حل محور هر مراجع را به عنوان یک فرد خود رهبر و آماده محسوب می کند. فردی که امتیازات درونی و ویژگی‌های منحصر به فردی را دارا می‌باشد. این تفاوت‌ها باعث می‌شود هر مراجع بتواند برای یافتن راه حل‌های ویژه‌ی خود اقدام کند(Wehr, 2010). ملاک حل مشکل در درمان راه حل محور زمانی است که یا مشکل کاملا برطرف شده است و یا پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای بر اساس اهداف تعیین شده، حاصل شده باشد. فرآیند درمان راه حل محور معمولا شامل پنج مرحله است: ۱) مشخص کردن مشکل و هدف ۲) شناسایی و افزایش استثنائات ۳) مداخلات یا وظایف طراحی شده برای شناسایی و افزایش استثنائات ۴) ارزیابی تأثیر مداخلات ۵) ارزیابی دوباره‌ی مشکل و هدف(Guterman & Rudes, 2005). در طول رابطه درمانی، مشاوران بر تکنیک‌های خاصی تکیه می کنند، مانند شناسایی سؤالات معجزه‌آسا که به مراجعان کمک می کند تا بتوانند متفاوت بودن را تجربه و موضوعات جدیدی کشف کنند و تفاوت‌های رفتاری را به صورت شناختی در خود و دیگران شرح دهند(DeJong & Berg, 2012 ; Miller et.al, 2002 quoted by Nicholas, 2014) و سؤالات درجه بندی شده، که درمان جویان را قادر می کند به آنچه انجام می‌دهند و نحوه برداشتن گام‌هایی توجه کنند که به تغییرات مطلوب می‌انجامد(Schmit, Schmit, Lenz, 2016; Davis and Osborne, translated by Adibrad and Nazari,2007). در پژوهش نیکولاس[2]

1. Solution Focused Brief Therapy
2. Nicholas

(۲۰۱۴) تاثیر درمان راه حل محور کوتاه مدت بر کودکان دارای لکنت زبان آزمایش شده است. ملجینن[1] و همکاران(۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان دادند که درمان کوتاه مدت راه حل محور در بهبود اختلالات اضطرابی موثر بوده است. دال، بتیل و کاریون[2](۲۰۰۰) در خصوص اثربخشی این شیوه درمانی نشان داده‌اند که تجربه چهار ساعته این درمان به طرز قابل توجهی منجر به کاهش افسردگی و اضطراب در مقایسه با سایر درمان‌های روانشناختی معمول می‌شود. مطالعه اسون، هانکونک، هاینس‌ورث و باومن[3](۲۰۱۵) نیز نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور قابل توجهی باعث کاهش اضطراب و سازگاری اجتماعی می گردد. پورفرج عمران (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان داد که درمان گروهی پذیرش و تعهد بر درمان اختلال اضطراب اجتماعی موثر است. رحیمی (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان دارای فوبی اجتماعی موثر است.

با توجه به اینکه کودکان و نوجوانانی دارای لکنت، غالباً انزوای اجتماعی، عدم پذیرش و اضطراب را تجربه می‌کنند و لکنت واکنش‌های شناختی، عاطفی و رفتاری افراد را درگیر ساخته و منجر به ایجاد اضطراب در فرد می‌شود و سراسر زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. از طرفی اضطراب اجتماعی بر فرد و کیفیت زندگی وی می‌تواند اثرات مخربی داشته باشد، بنابراین شناسایی این مشکل در کودکان و نوجوانان مبتلا به لکنت از اهمیت و ضرورت بسیاری برخوردار است. همچنین هیچ یک از پژوهش‌های داخلی، تاثیر مشاوره راه حل محور کوتاه مدت را بر کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان بررسی نکرده‌اند، لذا هدف مطالعه حاضر بررسی تاثیر درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان می‌باشد. به همین منظور سه فرضیه به شرح زیر تدوین و پاسخ داده شد:

۱. درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی کودکان دارای لکنت زبان موثر است.
۲. درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی نوجوانان دارای لکنت زبان موثر است.
۳. بین تاثیرات درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان تفاوت وجود دارد.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۸ ساله دارای لکنت زبان (کودکان ۸ تا ۱۱ سال؛ نوجوانان

1. Maljanen
2. Dahl, Bathel, Carreon
3. Swain, Hancock, Hainsworth, Bowman

۱۲ تا ۱۸ سال) مراجعه کننده به مراکز گفتار درمانی شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۲ نفر از کودکان و نوجوانانی دارای لکنت زبان که از نظر اضطراب اجتماعی در مرز بالینی قرار داشتند، یعنی نمره آنها از این تست بالاتر از ۵۵ بود، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ملاک ورود به این مطالعه داشتن حداقل یک سال سابقه اختلال لکنت زبان، قرار گرفتن در دامنه سنی ۸ تا ۱۸ سال و رضایت خانواده برای همکاری در برنامهٔ مداخله‌ای بود. پروتکل درمانی بر مبنای شیوهٔ درمانی راه حل محور دی شازر[1] یعنی تقویت نقاط قوت، تعریف و تمجید مراجعان، بررسی موارد استثناء، استفاده از سوال ویژهٔ «یه جای»، پرسش‌های مقیاس‌گذاری، پرسش معجزه، زنگ استراحت و تکلیف تدوین شد. این برنامه در هر هفته، یک جلسهٔ ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش کودکان و در هر هفته یک جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش نوجوان توسط درمانگر همراه با پژوهشگر اجرا شد، و گروه کنترل، هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پیش از آموزش، گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه اضطراب اجتماعی را تکمیل کردند و پس از پایان آموزش نیز هر چهار گروه به این پرسشنامه پاسخ دادند.

ابزارها

پرسشنامه اضطراب اجتماعی: این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط لایبوویتز، ماسیا-وارنر و کلاین در نیویورک ساخته شد. دارای ۴۸ ماده است و برای سنین ۷ تا ۱۸ سال به صورت خودگزارش‌دهی یا مصاحبه قابل استفاده است. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت پنج گزینه‌ای لیکرتی به صورت "هرگز"، "بندرت"، "اغلب" و "همیشه" می‌باشد که برای آنها نمره‌ای از یک تا چهار تعلق می‌گیرد. اعتبار این پرسشنامه از طریق همسانی درونی(ضریب آلفای کرونباخ) توسط سازندگان ۰/۹۷ - ۰/۹۰ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۹۴- ۰/۸۹ گزارش شده است(Warner Masia, Klein, Leibowitz Storch, Pyngvs and therapy; 2003). اعتباریابی این آزمون نیز در نمونه ۱۰۵ نفری اولیه اجرا شد و از طریق همسانی درونی(ضریب آلفای کرونباخ) و بازآزمایی در ۲۰ دانش‌آموز با فاصله ۱۰ روز، به ترتیب برابر با ۰/۹۳ و ۰/۸۷ به دست آمد. روایی مقیاس نیز با استفاده از روش روایی سازه از نوع افتراقی برآورد شد. بدین ترتیب که پس از مراجعه به چند مرکز مشاوره و کلینیک روان‌شناختی، ۱۵ نفر از کودکان و نوجوانانی که تشخیص یکی از اختلال‌های طبقه اضطرابی را دریافت کرده بودند، انتخاب و این آزمون در مورد آنها اجرا شد. سپس، به منظور مقایسه نتایج،

1. DeShazer

مقیاس در ۱۵ کودک و نوجوانی که فاقد تشخیص اضطراب اجتماعی بودند، به اجرا در آمد. نتایج به دست آمده نشان دادند که مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتز برای کودکان و نوجوانان، می‌تواند بین گروه بالینی و غیربالینی تمایز ایجاد کند.

روش اجرا

جدول ۱ : شرح بسته آموزشی درمان راه حل محور کوتاه مدت کودکان در ۸ جلسه

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	معارفه	شرح چارچوب ها و قوانین گروه، تعیین و بیان اصول کلی درمان را محل محور، ایجاد ارتباط از طریق پذیرش و توجه مثبت با سؤالات کوتاه و معمولی.
جلسه دوم	بیان مساله و تدوین هدف	در این جلسه کودکان مشکلات خود را به صورت عینی، ملموس و با استفاده از روش های کمکی (نقاشی، وانمودسازی و نمایش) نشان دادند. استفاده از مقیاس‌گذاری؛ به عنوان مثال از آنها سؤال شد الان کجای مقیاس قرار دارید؟ تکلیف: از کودکان خواسته شد تا اهداف خود از شرکت در جلسات مشاوره را نوشته و در جلسه بعد همراه خود بیاورند.
جلسه سوم	ایجاد راه حل	بررسی پیشنهاد درباره کم‌ترین تغییر برای حل مشکل موجود، اینکه کوچک‌ترین گام برای حل مشکل در خانه یا مدرسه کودکان چه بود، تکلیف: از اعضاء خواسته شد تا هفته آینده فکر کنند در چه موقعیت‌هایی مشکلات رفتاری نداشتند یا کم‌تر داشتند.
جلسه چهارم	یافتن موارد استثناء	کودکان در این جلسه با استفاده از نقاشی، نمایش و وانمودسازی لحظات استثناء را در زندگی خود بیان کنند، تکلیف: از اعضاء خواسته شد تا درباره پرسش معجزه هر چه به ذهنشان می‌رسد مکتوب و به جلسه مشاوره بیاورند.
جلسه پنجم	استفاده از پرسش معجزه	کمک به کودکان تا با استفاده از چراغ و عصای جادویی به سوال معجزه پاسخ دهند، یعنی به آنها گفته شد: اگر چراغ جادویی داشتید، امشب معجزه ای رخ دهد و مشکلات شما حل شود، چه چیزی در زندگی‌تان متفاوت خواهد بود؟ تکلیف: از شرکت کنندگان درخواست شد درباره متفاوت بودن با رفتارهای کنونی فکر کنند و پاسخ‌های خود را در جلسه بعد به گروه ارائه دهند.
جلسه ششم	متفاوت بودن (در ابعاد رفتاری، شناختی عاطفی)	در این جلسه از کودکان خوسته شد تا با استفاده از تخیل و استفاده از واژه «به جای» متفاوت بودن را در ابعاد رفتاری، عاطفی و شناختی نشان دهند، یعنی راه‌های دیگری را تمرین کنند و آن مسیری را تکرار نکنند که در آن گیر کرده

		و به بن بست رسیده‌اند. تکلیف: برای جلسه آینده پیرامون تثبیت و تحکیم تغییرات فکر کرده و در گروه مطرح کنند.
جلسه هفتم	تثبیت و تحکیم تغییرات	کمک به کودک برای مرور جلسات، چه تغییری کردند، مشاور به نمایاندن این تغییرات و تشویق آنها اقدام کرد. تکلیف: از اعضاء خواسته شد تا هفته آینده درباره دستاوردها و یادگیری‌های مربوط به جلسات گروه و به کارگیری آن در زندگی فکر و به صورت مکتوب به جلسه بیاورند.
جلسه هشتم	جمع بندی و ختم جلسات	در این جلسه ابتدا کودکان با کمک مشاور به جمع‌بندی جلسات قبل اقدام کردند و در انتها کودکان موفقیت خود را جشن گرفتند و موفقیت تک تک افراد مرور شد و نیز جلسه آینده پس آزمون اجرا شد.

جدول ۲: شرح بسته آموزشی درمان راه حل محور کوتاه مدت نوجوانان در ۸ جلسه

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	معارفه	معارفه معارفه مشاور و ایجاد ارتباط، چارچوب‌ها و قوانین گروه تعیین و نیز اصول کلی راه حل محور برای نوجوانان.
جلسه دوم	بیان مساله و تدوین هدف	نوجوانان اهداف خود را از شرکت در جلسات بیان کنند، مشکل خود را با استفاده از سؤالات مقیاس‌گذاری به روشنی مطرح و مشخص کنند که در کجای مقیاس ۱۰ — ۱ قرار دارند. تکلیف: از اعضاء خواسته شد در باره راه حل‌هایی که به ذهن آنها می‌رسد یادداشت کرده و به جلسه آینده بیاورند.
جلسه سوم	ایجاد راه حل	بیان راه حل‌های مختلف درباره مشکلات اگر دیگران چنین مشکلی داشتند چه کاری انجام می‌دادند، تکلیف: از اعضاء خواسته شد تا هفته آینده فکر کنند در چه موقعیت‌هایی مشکلات رفتاری نداشته یا کمتر داشتند، برای جلسه آینده بیاورند.
جلسه چهارم	یافتن موارد استثناء	بحث دربارهٔ لحظات استثنائی در زندگی نوجوانان، بیان موقعیت‌ها و شرایطی که مشکلات رفتاری نداشتند یا کمتر مشکلات رفتاری داشتند. تکلیف: از اعضاء خواسته شد تا درباره پرسش معجزه هر چه به ذهنشان می‌رسد مکتوب بنویسند و به جلسه مشاوره بیاورند.
جلسه پنجم	استفاده از پرسش معجزه	در این جلسه مشاور از نوجوانان خواست به سؤال معجزه پاسخ گویند. تکلیف: از شرکت کنندگان درخواست شد درباره متفاوت بودن با رفتارهای کنونی فکر و پاسخ‌های خود را در جلسه بعد به گروه ارائه دهند.

جلسه ششم	متفاوت بودن (در ابعاد رفتاری، شناختی عاطفی)	نوجوانان رفتار، شناخت و عواطف جدیدی را مطرح کردند، یعنی راه‌های دیگر به غیر از راه‌های فعلی را تمرین کردند؟ پاسخ‌های آنها به واژه به جای خیلی خوب بود و فعالانه درگیر شدند، تکلیف؛ برای جلسه آینده پیرامون تثبیت و تحکیم تغییرات فکر کرده و در گروه مطرح کنند.
جلسه هفتم	تثبیت و تحکیم تغییرات	بحث اعضای گروه درباره چگونگی تثبیت و تحکیم تغییرات به وجود آمده و صحبت درباره دستاوردها و یادگیری‌های مربوط به جلسات گروه. تکلیف: از اعضاء خواسته شد تا هفته آینده درباره دستاوردها و یادگیری‌های مربوط به جلسات گروه و به کارگیری آن در زندگی فکر و به صورت مکتوب به جلسه بیاورند.
جلسه هشتم	جمع بندی و ختم جلسات	بحث و گفتگو درباره نتایج جلسات توسط اعضای گروه و در پایان اعضای گروه موفقیت خود را جشن گرفتند، یعنی تک تک آنها تشویق شدند و نیز در جلسه آینده پس آزمون اجرا شد.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روش‌های آمار استنباطی از تحلیل واریانس(ANOVA) استفاده شد. شانزده کودک (۸ تا ۱۱ سال؛ میانگین سن ۹/۹ سال و انحراف استاندارد ۱/۰۷) و شانزده نوجوان (۱۲ تا ۱۸ سال؛ میانگین سن ۱۴/۲۲ سال و انحراف استاندارد ۱/۷۳) در این مطالعه شرکت کردند. میانگین سنی کودکان در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۹/۶۷ سال و ۱۰/۲۴ سال و میانگین سنی نوجوانان در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۱۵/۴۳ سال و ۱۶/۰۱ سال بود.

جدول ۳: شاخص توصیفی نمرات اضطراب اجتماعی در پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	کودکان		نوجوانان	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش آزمون	۸۸/۱۲	۹/۵۶	۸۸/۳۷	۷/۷۲
	پس آزمون	۷۶/۷۵	۵/۶۵	۷۵/۶۲	۴/۳۷
کنترل	پیش آزمون	۸۸/۲۵	۷/۴۲	۸۶/۳۷	۵/۲۳
	پس آزمون	۸۷/۳۷	۶/۸۸	۸۷/۶۲	۷/۷۶

شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش گروه آزمایش و کنترل کودکان در جدول **۳** میانگین اضطراب اجتماعی پیش‌آزمون گروه آزمایش و پیش‌آزمون گروه کنترل را به ترتیب ۸۸/۱۲ و ۸۸/۲۵ نشان می‌دهد که این مقدار در پس‌آزمون گروه آزمایش ۷۶/۷۵ و پس‌آزمون گروه کنترل ۸۷/۳۷ است. از طرفی میانگین اضطراب اجتماعی در پیش‌آزمون گروه آزمایش نوجوانان ۸۸/۳۷ و پیش‌آزمون گروه کنترل نوجوانان ۸۶/۳۷ است که این مقدار در پس‌آزمون گروه آزمایش ۷۵/۶۲ و پس‌آزمون گروه کنترل ۸۷/۶۲ را نشان می‌دهد که بیان‌کنندۀ تفاوت‌های جالب توجه می‌باشند.

جدول ۴: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس نمرات متغیر پژوهش در دو گروه

متغیر	F	Df1	Df2	Sig
اضطراب اجتماعی کودکان	۰/۰۹۹	۱	۱۴	۰/۷۵
اضطراب اجتماعی نوجوانان	۱/۴۵	۱	۱۴	۰/۲۴

جدول ۵: نتایج آزمون کلموگروف ـ اسمیرنف و شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	آزمون کلموگروف ـ اسمیرنف			آزمون شاپیرو ویلک		
	Z	df	sig	Z	df	sig
اضطراب اجتماعی پیش‌آزمون کودکان	۰/۱۷۶	۱۶	۰/۱۹۷	۰/۹۳۵	۱۶	۰/۲۹۶
اضطراب اجتماعی پس‌آزمون کودکان	۰/۱۹۱	۱۶	۰/۱۲۴	۰/۹۱۹	۱۶	۰/۱۶۲
اضطراب اجتماعی پیش‌آزمون نوجوانان	۰/۱۸۸	۱۶	۰/۱۳۲	۰/۹۳۳	۱۶	۰/۲۶۸
اضطراب اجتماعی پس‌آزمون نوجوانان	۰/۱۸۵	۱۶	۰/۱۴۶	۰/۹۱۳	۱۶	۰/۱۳۰

نتایج بررسی پیش فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و نرمال بودن (با استفاده از کلموگروف – اسمیرنف و شاپیرو – ویلکز) برقرار است. بنابراین استفاده از تحلیل واریانس (ANOVA) بلامانع است.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون اضطراب اجتماعی کودکان

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بین گروهی	۴۵۱/۵۶	۱	۴۵۱/۵۶	۱۱/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴
خطا	۵۵۵/۳۷	۱۴	۳۹/۶۷			
کل	۱۰۰۶/۹۳	۱۵				

با توجه به نتایج جدول ۶ (۱۱/۳۸ $F_{(1,14)}$ ؛ ($P > ۰/۰۵$)) می‌توان گفت که بین میانگین اختلاف نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل کودکان تفاوت معناداری وجود دارد، در نتیجه فرض صفر رد می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت شیوهٔ درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان موثر است.

جدول ۷: نتایج تحلیل واریانس نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون اضطراب اجتماعی نوجوانان

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بین گروهی	۵۷۶/۰۰	۱	۵۷۶/۰۰	۱۴/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰
خطا	۵۵۵/۷۵	۱۴	۳۹/۶۹			
کل	۱۱۳۱/۷۵	۱۵				

با توجه به نتایج جدول ۷ (۱۴/۵۱ $F_{(1,14)}$ ؛ ($P > ۰/۰۵$)) می‌توان گفت که بین میانگین اختلاف نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل نوجوانان تفاوت معناداری وجود دارد، در نتیجه فرض صفر رد می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت شیوهٔ درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی نوجوانان موثر است.

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس نمرات اضطراب در دو گروه کودکان و نوجوانان

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	۵/۰۶۳	۱	۵/۰۶۳	۰/۱۹۸	۰/۶۶
خطا	۳۵۷/۳۷	۱۴	۲۵/۵۲		
کل	۳۶۲/۴۳	۱۵			

با توجه به نتایج جدول ۸ (۰/۱۹۸ $F_{(1,14)}$ ؛ ($P < ۰/۰۵$)) می‌توان گفت که بین میانگین نمرات اضطراب دو گروه کودکان و نوجوانان تفاوت معناداری وجود ندارد، بنابراین، می‌توان گفت تاثیر درمان راه حل محور کوتاه مدت بر کودکان و نوجوانان به یک اندازه بوده است و بین این دو گروه از لحاظ میزان معناداری تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف سنجش تاثیر درمان کوتاه مدت راه حل محور بر اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان صورت پذیرفت. نتایج حاصل از تحلیل واریانس نشان داد بین میانگین اختلاف

نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل(هم کودکان، هم نوجوانان) تفاوت معناداری وجود دارد، یعنی درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوان تاثیر معناداری داشته است. نتایج همچنین نشان داد بین میانگین نمرات اضطراب دو گروه کودکان و نوجوانان تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های نیکولاس(۲۰۱۴)؛ ملجینن و همکاران(۲۰۱۲)؛ دال و همکاران(۲۰۰۰)؛ قادری، خدادادی و جوکار(۲۰۱۲)؛ امیری، کارشکی و اصغری(۲۰۱۴) هماهنگ و همسو می‌باشد. در تبیین معناداری فرضیه اول و دوم مبنی بر اثربخشی درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان، می‌توان اذعان نمود که اختلال اضطراب اجتماعی نوعی اضطراب است که با ترس و اضطراب شدید در موقعیت‌های اجتماعی شناخته می‌شود که می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را مختل کند. در موارد شدید، اضطراب اجتماعی می‌تواند کیفیت زندگی فرد را به شکل چشمگیری کاهش دهد(Erat, et.al, 2010). کودکان و نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی، در موقعیت‌های اجتماعی اضطراب شدیدی را تجربه می‌کنند. اینگونه افراد از موقعیت‌هایی که امکان دارد از سوی دیگران مورد قضاوت و بررسی قرار گیرند هراس دارند و دائماً آن بیم دارند که مورد قضاوت، ارزشیابی، انتقاد، تحقیر و تمسخر دیگران واقع گردند. طبیعی است افرادی که از اختلال جسمانی خاصی در کودکی رنج می‌برند زمینه تشدید هراس اجتماعی در آنها بیشتر می‌شود(Mulcahy, et.al, 2008). لذا بدیهی است که کودکان مبتلا به لکنت زبان احتمال اضطراب اجتماعی بیشتری دارند. از آنجائیکه لکنت زبان نوعی اختلال سیالی بیانِ لفظی است که بر اساس تکرارها و تطویل‌های غیرارادی، صدادار یا بی صدا، به هنگام انتشار واحدهای کوچک سخن یعنی اصوات، هجاهای مجزا یا هجاهای کلمات مشخص می‌شود، می‌تواند باعث گوشه‌گیری فرد، کناره‌گیری از فعالیت‌های اجتماعی، استرس و اضطراب، بدبینی، پرخاشگری، افسردگی، خود کم بینی، عدم پیشرفت در تحصیل یا حرفه مورد نظر گردد(Smith, et.al, 2014). پرواضح است که درمان راه حل محور کوتاه مدت با تکیه بر منابع مراجعان و از طریق فراخواندن و خلق راه حل‌هایی برای مشکلات مراجعان به آنها کمک می‌کند تا بتوانند بر اضطراب اجتماعی خود فائق آیند. این رویکرد همچنین به عنوان رویکردی مسأله محور با استفاده از فنون مختلف می‌تواند به کودکان و نوجوانان مبتلا به لکنت زبان به خاطر مشکلاتی که راه حل آن در دست خودشان است کمک کند تا مهارت‌های اجتماعی خود را تقویت نمایند(Cook, et.al, 2005; McNeill, 2013). این رویکرد به دلیل کوتاه بودن جلساتش می‌تواند بسیار در ایجاد مهارت‌های اجتماعی مؤثر واقع گردد حتی در کودکانی که لکنت زبان بالایی دارند(Burns, 2013). همچنین وظیفه‌ی درمانگر راه حل‌محور، کمک به مراجع برای توسعه‌ی میزان موارد

استثنا در خصوص مشکلات موجود با دایره اجتماعی خود است؛ یعنی توسعه‌ی راه حل‌های موثری که از قبل در دسترس بوده‌اند(Castro and Gatrman, 2008). تلاش رهبر گروه بر این است تا از دریچه‌ی چشم هریک از اعضا به مشکل بنگرد و با همان ادراک به دنبال تغییر رفتار باشد. اما با وجود همسانی مدل راه حل‌محور با ایجاز و علم‌گرایی رویکردهای راهبردی، درمانگران این مکتب بر تشریک مساعی(بین رهبر و اعضای گروه) در ساختن روایت‌های راه‌حل‌محور تاکید می‌ورزند(Deshazer,1994). در سطح دیگر، هدف درمان تنها کمک به شرکت کنندگان است که با تغییر از صحبت درباره‌ی مشکل به صحبت درباره‌ی راه حل‌ها، تغییر در کلام خویش را شروع کنند (Davis, et .at, translated by Adibrad et.al,2007). طبق مبانی رویکرد راه حل محور، هیچ واقعیت عینی و خارجی وجود ندارد؛ بلکه حقیقت و واقعیت یک پدیده‌ی ذهنی است. افراد مختلف از یک مساله ذهنیت‌های متفاوتی دارند که هر کدام به نوبه‌ی خود واقعیت ذهنی تلقی می‌شود. لذا رهبر گروه اضطراب اجتماعی را از دیدگاه هر عضو گروه مورد بررسی قرار می‌دهد و با درک و همدلی و ایجاد انگیزه در راستای بهبود مهارت‌های اجتماعی در کودکان و نوجوانان موثر واقع می‌گردد(McNeill, 2013). رهبر گروه به این مساله اذعان دارد که مشکل چیزی جز راه حل‌های اشتباه نیست و برای آن باید راه حل را اصلاح کرد و چون در این رویکرد اعتقاد بر این است که مراجعان قادر به ایجاد راه حل برای حل مشکلات خود هستند لذا از پتانسیل‌های اعضای گروه برای خلق راه حل‌ها استفاده می‌شود(Kok-Mun, Sejal, & Lan, 2012). همچنین در این درمان از آنجائیکه تغییرات کوچک به تغییرات بزرگ منتهی می‌گردد اعضای گروه برای برداشتن اولین گام ترغیب می‌شوند به همین دلیل آنچه در درمان اهمیت دارد برداشتن اولین گام است(Davis, et .at, translated by Adibrad et.al,2007). در راستای تبیین تاثیر درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی همچنین قابل اذعان است که این درمان به جای محتوا بر فرآیند تاکید دارد و به جای غرق شدن در گذشته و ریشه‌یابی علل مشکل، بر حال و آینده تاکید دارد، همچنین درمانگر ابزار بیرونی ندارد بلکه از توانایی‌های خود برای حل مشکل استفاده می‌کند. در واقع مراجع در این رویکرد به عنوان یک متخصص در نظر گرفته می‌شود و نه یک بیمار ناتوان(Barker translation Dehghani and Dehghani,2016). بنابراین پرواضح است که درمان مذکور با تقویت نقاط قوت کودکان و نوجوانان، تعریف و تمجید آنها، بررسی موارد استثناء، استفاده از سوالات معجزه، پرسش-های مقیاس‌گذاری، زنگ استراحت و تکلیف می‌تواند بر کاهش اضطراب اجتماعی آنان موثر واقع گردد.

در خصوص عدم معناداری تفاوت اثربخشی درمان راه حل محور بر اضطراب اجتماعی دو گروه کودکان و نوجوانان می‌توان گفت درمان راه حل محور، درمانی جامع و جهان شمول است که مبانی و

اصول درمان مذکور در مورد سنین مختلف رشد از جمله کودکی، نوجوانی، بزرگسال و پیری قابل تعمیم است. این بدین معناست که شرکت در جلسات گروهی درمان راه حل محور فارغ از سن، جنسیت، قومیت، دین و مذهب می‌تواند نتایج پرباری در خصوص کاهش میزان اضطراب اجتماعی به همراه داشته باشد. همچنین از آنجا که درمان مذکور درمانی مبتنی بر فرایند است تفاوتی ندارد که این درمان بر نوجوانان و اضطراب اجتماعی آنها متمرکز باشد یا بر کودکان و مسائل اجتماعی آنان، و به یک اندازه می‌تواند گروه-های مختلف سنی را تحت تاثیر قرار دهد، چون تغییری کوچک به تغییرات بزرگ منتهی می‌شود، در کودکان و نوجوانان نیز ارائه راه حل‌ها مطابق دنیای پدیداری آنها و نیز التزام عملی به اجرای راه حل‌ها و مشاهده تغییرات کوچک می‌تواند تضمین کننده تغییرات مثبت در آینده نزدیک باشد. بنابراین بدیهی است که بین دو گروه کودکان و نوجوانان از لحاظ میزان اثربخشی تفاوت معناداری وجود نداشته باشد، چون درمان راه حل محور متغیر اضطراب را هدف قرار داده و به دلیل جهان شمولی و نیز فرایند محور بودن می‌تواند نتایج موثر یکسانی در هر دو گروه به همراه داشته باشد.

در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری و روانشناسی صورت می-گیرند، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم امکان انجام مرحله پیگیری بود. همچنین با وجود اینکه نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخش بودن درمان کوتاه مدت راه حل محور بر اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان بود اما تعمیم این نتایج به دیگر گروه‌های جامعه با محدودیت‌هایی روبه‌رو است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد با توجه به اثربخش بودن درمان کوتاه مدت راه حل محور بر اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان، این خدمات در مراکز درمانی موجود در کشور استفاده شود. همچنین، استفاده از این روش درمانی در درمان سایر اختلالات روانشناختی مرتبط با اضطراب پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از تمام افرادی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند به خصوص مبتلایان به لکنت، تقدیر و تشکر نماییم.

References

Alm, PA. (2015). Is it thinking and not feeling that influence variability of stuttering in social situations? About stuttering and social cognition. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 193(4), 289-290.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mentaldisorders* (Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association

Amiri, E., Kareshki, H., Asghari, M. (2014). The Effectiveness of Solution-Focused Group Counseling on General Health of Single Parent Boys. *Journal management System*, 4(15), 37-57. (In Persian)

Barker, P. (2016). *Basic Family Therapy*. Translated by Mohsen Dehghani and Zohreh Dehghani. Tehran: Roshd publication

Beidel, D., & Turner, S. (2007). S*hy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Burns, K. (2013). *Changing minds, changing lives*. In P. De Jong and I. Berg (Eds), Interviewing for solutions (4thEdition) Belmont, CA: Brooks/Cole.

Chen, J., Rapee, R. M., & Abbott, M. J. (2013). Mediators of the relationship between social anxiety and post-event rumination. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 1-8.

Cook, F., & Botterill, W. (2005). *Family-based approach to therapy with primary school children: Throwing the ball back*. In R. Lees and C. Stark (Eds.). The treatment of stuttering in the young school-aged child. London: Whurr.

Corey, G. (2014). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (9thed). Belmont, CA: Brooks/Cole.

Cortes, B., Ballesteros, B., Collantes, A., & Aguilar, M. (2016). What makes for good outcomes in solution-focused brief therapy? *European Psychology*, 33, 232-233.

Craig, A., Hancock, K., & Tran, Y. (2003). Anxiety levels in people who stutter a randomized population study. Journal of speech, language, and hearing research, 46(5), 1197-206.

Dahl, R., Bathel, D., & Carreon, C. (2000). The use of solution-focused therapy with an elderly population. *Journal of Systemic Therapies*, 19(4), 45-55.

Davis, T., & Osborne, S. (2007). *School consultation with solution-focused approach*. Translated by Nastaran Adibrad and AliMohammad Nazari. Tehran: elm publication.

De Jong, P., & Berg, I. K. (2012). *Interviewing for solutions*.4nd ed. Pacific Grove, CA: Brooks / Cole

Deshazer, S. (1994). T*he death of resistance family process*. New York: Norton, 23, 11-12.

Donovan, J. (2016). *Couple Therapy: Object Relations*. Tehran: fararavan publication.

Dryman, T. M., Gardner, Sh., Weeks, J. W., & Heimberg, R.G. (2016). Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of Anxiety Disorders*, 38, 1-8.

Erath, S., Flanagan, K., & Bierman, K. (2010). Friendships moderate psychosocial maladjustment in socially anxious early adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31, 15-26.

Ghadri, Z., Khodadadi, Z., & Gokar, H. (2012). *Effectiveness solution-focused group counseling for students on self-perception. Master's thesis*. Tehran: Institute for Information Science and Technology Iran. (In Persian)

Gianferante, D., Thoma, M. V., Hanlin, L., Chen, X., Breines, J. G., Zoccola, P. M., & Rohleder, N. (2014). Post-stress rumination predicts HPA axis responses to repeated acute stress. *Psych neuroendocrinology*, 49(11), 244-252.

Guitar, B. (2013). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Lippincott Williams & Wilkins.

Guterman, JT., Rudes, J. A. (2005). Solution-focused approach to rational-emotive behavior therapy: Toward a theoretical integration. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(3), 223-44.

Hou, W. K., & Ng, S. M. (2014). Emotion-focused positive rumination and relationship satisfaction as the underlying mechanisms between resilience and psychiatric symptoms. *Personality and Individual Differences*, 71(4), 159-164.

Iverach, L., Brian, S., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E, et al. (2009). Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for Stuttering. *J Anxiety Disord*, 23,928–34.

Iverach, L., Jones, M., McLellan, L. F., Lyneham, H. J., Menzies, R. G., Onslow, M., & Rapee, R. M., (2016). Prevalence of anxiety disorders among children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 49, 13-28.

Iverach, L., Jones, M., Lowe, R., O'Brian, S., Menzies, R., Packman, A., & Onslow, M. (2018). Comparison of adults who stutter with and without social anxiety disorder. *Journal of Fluency Disorders*, 56, 55-68.

Iverach, L., & Rapee, RM. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of fluency disorders*, 40, 69-82.

Maljanen, T., Paltta, P., Harkanen, T., Virtala, E., Lindfors, O., Laaksonen, MA, et al. (2012). The costeffectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a one-year follow-up. The *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 15(1), 13-23.

McAleavey, A.A., Castonguay, L.G., & Goldfried, M.R. (2014). Clinical Experiences in Conducting Cognitive behavioral Therapy for Social Phobia, *Behavior Therapy*, 45(1), 21-35.

McAllister, J. (2016). Behavioural, emotional and social development of children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 50, 23–32.

McNeill, C. (2013). *The teens challenge: Stammering therapy, learning and adventure.* In C.Cheasman, R.Everard & S.Simpson (Eds), Stammering therapy from the inside: New perspectives on working with young people and adults. Guilford, UK: J & R Press Ltd.

Mulcahy, K., Hennessey, N., Beilby, J., & Byrnes, M. (2008). Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *J Fluency Disord*, 33(4), 306-19.

Nicholas, A. (2014). Solution focused brief therapy with children who stutter, Procedia - *Social and Behavioral Sciences*, 193, 209-216.

Nouri, N., Nouri, N., Abdali, H., Shafiei, M., & Karimi, H. (2012). Stuttering: Genetic updates and a case report. *Advance Biomedical Research*, 1(1), 14. (In Persian)

Ntourou, K., Conture, E. G., & Walden, T. A. (2013). Emotional reactivity and regulation in preschool-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 38(3), 260–274.

Pourfarajemran, M. (2011). *The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy in Social Phobia of Students*. Knowledge & Health, 6(2), 1-5.

Rahimi, N. (2014). *The Effectiveness of Acceptance and Commitment Interpersonal therapy in reducing anxiety and depression in students with social phobia*. Master's thesis in clinical psychology, Mohaghegh Ardabil of University. (In Persian)

Scheurich, J., Beidel, D., & Vanryckeghem, M. (2019). Exposure therapy for social anxiety disorder in people who stutter: An exploratory multiple baseline design. *Journal of Fluency Disorders*, 59, 21-32.

Schmit, E., Schmit, M., & Lenz. S. (2016). Meta-analysis of solution focused brief therapy for treating symptoms of internalizing disorders. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 7(1), 21-39.

Schroeder, C., Gordon, B. (2015). *Assessment and treatment of problems in childhood: clinical psychologists and psychiatrists Guide*. Translated by Mehrdad Fyrozbakht. Tehran: danzheh publication.

Smith, K., Iverach, L., O'Brian, S., Kefalianos, E., Reilly, S. (2014). Anxiety of children and adolescents who stutter: A review. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 22–34.

Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2015). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 56-67.

Taghizadeh, M., Yarollahi, N., & Bahrami, Z. (2018). Investigation the effectiveness of the mind simulation model on reducing stress and increasing cognitive flexibility in adult with stuttering disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 5(2), 67-80. (In Persian)

Toozandehjani, H., Naaimi, H., & Ahmadpoor, M. (2011). An investigation on the efficacy of confrontation cognitive-behavioral skills through group training on the anxiety and adjustment of children with stuttering. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*, 7(2), 126-140. (In Persian)

Tran, Y., Blumgart, E., & Craig, A. (2011). Subjective distress associated with chronic stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 36(1), 17–26.

Vanryckeghem, M., Matthews, M., & Xu, P. (2017). Speech situation checklist–revised: Investigation with adults who do not stutter and treatment-seeking adults who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26 (4), 1129-1140.

Vasudev, R., Yallappa, S., & Saya, G. (2015). Assessment of quality of life in obsessive compulsive disorder and dysthymic disorder a comparative study. *J Clin Diagn*, 9, 4-7.

Weeks, M., Coplan, R. J., & Kingsbury, A. (2009). The correlates and consequences of early appearing social anxiety in young children. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 965-972.

Wehr, T. (2010). The phenomenology of exception times: Qualitative differences between problemfocused and solution-focused interventions. *Applied Cognitive Psychology*, 24(4), 467- 80.